日本心血管脳卒中学会　入会届け

　私は、下記の事項を届け出て日本心血管脳卒中学会に入会を希望します。

　自著

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 | 届出日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 1 | 氏名 |  |
| 2 | しめい |  |
| 3 | 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 4 | メールアドレス |  |
| 5 | 会員区分 | 正会員（医師）・準会員（医師以外） |
| 6 | 連絡先 | 勤務先・その他 |
| 7 | 所属施設 |  |
| 8 | 所属診療科 |  |
| 9 | 所属〒 |  |
| 10 | 所属住所 |  |
| 11 | 所属TEL |  |
| 12 | 所属FAX |  |
| 13＊ | 連絡先〒 |  |
| 14＊ | 連絡先住所 |  |
| 15＊ | 連絡先TEL |  |
| 16＊ | 連絡先FAX |  |
| 17 | 基本診療科 | 内科・外科・脳神経外科・放射線科・救急科その他（　　　　　　　　） |
| 18＊ | サブスペシャリティ | 循環器・脳卒中・その他（　　　　　　　　　）血管外科・心臓血管外科・その他（　　　　　　　　　） |
| 19＊ | 職種 | 看護師・診療放射線技師・薬剤師・臨床検査技師企業社員・その他（　　　　　　　　　　　） |

* 0から12は、全員が必須項目です。
* 13から16は、連絡先が勤務先の場合は不要です。
* 17は、正会員は必須項目です。
* 18は、基本診療科が内科または外科以外の場合は不要です。
* 19は、準会員は必須項目です。

郵送　〒564-8565 国立循環器病研究センター　脳血管内科内　日本心血管脳卒中学会事務局

FAX　 06-6170-2012

メール添付　cvss-office@umin.org